STELLUNGNAHME ZU ENTSCHEIDUNGEN ÜBER DIE VERTEILUNG NOTFALL- UND INTENSIVMEDIZINISCHER RESSOURCEN IN DER CORONA-KRISE

DES BISCHOFS VON ESSEN,
DES RATES FÜR GESUNDHEIT UND MEDIZINETHIK IM BISTUM ESSEN
UND DER KATHOLISCHEN AKADEMIE DIE WOLFSBURG

Der Bischof von Essen
Dr. Franz-Josef Overbeck

Rat für Gesundheit und Medizinethik im Bistum Essen

Die Wolfsburg
Katholische Akademie

Impressum

Katholische Akademie Die Wolfsburg
Falkenweg 6
45478 Mülheim an der Ruhr
www.die-wolfsburg.de

Gestaltung:
Mark Radtke

Stellungnahme zu Entscheidungen über die Verteilung notfall- und intensivmedizinischer Ressourcen in der Corona-Krise

Pflegekräfte, Ärzt*innen, Therapeut*innen – alle, die in der derzeitigen Situation im Gesundheitswesen tätig sind, leisten Großartiges: Menschen, die tun, was getan werden muss. Auf der Grundlage von Werten, die unsere Gesellschaft zusammenhalten: Solidarität mit Kranken, Schwachen und Sterbenden; Mut und Entschlossenheit in schwierigen Entscheidungssituationen; Einsatz und Engagement selbst zum Preis eigener Gefährdungen. Diese Stellungnahme ist ein Ausdruck tiefer Anerkennung. Zugleich stellt sie den Versuch dar, Stellung zu drängenden ethischen Fragen zu beziehen. Sie richtet sich an Mitarbeitende in ambulanten und stationären Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, an Akteur*innen in der Gesundheitspolitik und möchte zugleich einen Beitrag zum gesellschaftlichen Diskurs über ethische Fragen im Gesundheitssystem leisten.

An der Diskussion und Beratung waren beteiligt:
Bischof Dr. Franz-Josef Overbeck
Mitglieder des Rates für Gesundheit und Medizinethik
Katholische Akademie Die Wolfsburg

1. In der Corona-Krise werden integrative Versorgungskonzepte benötigt. Durch verstärkte Kooperation und Koordination kann eine drohende Triage-Situation (möglichst lange) vermieden werden.

Das deutsche Gesundheitswesen bereitet sich im Zuge der voranschreitenden Covid-19-Pandemie auf die dramatische Verknappung notfall- und intensivmedizinischer Ressourcen vor. Katholische Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen im Bistum Essen haben sich sehr gut auf die Herausforderungen eingestellt und treffen alle möglichen Vorkehrungen, um auch im Krisenfall die bestmögliche Versorgung aller Patient*innen und Bewohner*innen sicherzustellen. Die im schlimmsten Szenario notwendige Zuteilung knapper Behandlungsressourcen auf der Grundlage medizinischer und ethischer Einschätzungen (Triage) ist aber kein isoliertes Problem, das lediglich den lokalen Krankenhausbetrieb betrifft und mit der gängigen Logik der Medizin adäquat gelöst werden kann. Je kooperativer und koordinierter das Gesundheitssystem als Ganzes agiert, desto unwahrscheinlicher wird die allseits befürchtete Triage-Situation. Gesundheitsunternehmen müssen (ökonomische) Eigeninteressen radikal zurückstellen. Verfügbare Intensivbetten sind zentral zu melden, damit im Falle eines Engpasses Betroffene schneller einen Behandlungsplatz zugewiesen bekommen können. Die Zusammenarbeit von Hausärzt*innen und stationären Versorgern sowie das solidarische Miteinander von Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern sind zu intensivieren. Das schlimmste Szenario kann nur verhindert oder verzögert werden, wenn alle Akteure an einem Strang ziehen und ihrer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung in Krisenzeiten nachkommen.

2. Ethisch und rechtlich ist eine noch konsequentere Erfassung von Willensäußerungen geboten. Das Gesundheitspersonal kann dabei durch andere Berufsgruppen mit Beratungskompetenz entlastet werden.

Eine „gute“ Verteilung knapper Ressourcen bezieht neben planungsstrategischen und medizinisch-pflegerischen Gesichtspunkten die Willensäußerungen der (potentiellen) Patient*innen mit ein. Ziel muss es sein, Überversorgung und Paternalismus durch die Erfassung und Re-Evaluierung von Willensbekundungen weiter zu begrenzen, um Ressourcen für jene bereitzuhalten, die eine indizierte Intensivtherapie wünschen. Willenserhebungen sollten daher auch auf die Frage abheben, wo der/die Patient*in bzw. Bewohner*in im Falle einer kritischen Erkrankung behandelt werden bzw. sterben möchte. Das entlastet z.B. die Schnittstellen zwischen Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern: Die Ängste, die ethischen Argumente und die strukturellen Herausforderungen, die Pflegeeinrichtungen dazu veranlassen, infektiöse Bewohner*innen ins Krankenhaus zu verlegen oder nicht wieder aufzunehmen, sind ernst zu nehmen. Um Gesundheitspersonal bei der Willenserfassung zu entlasten, können Personen

eingesetzt werden, die medizinische Beratungskompetenz erworben haben (z.B. bei der gesundheitlichen Vorausplanung). Diese Personengruppe bringt die Fachexpertise mit, die benötigt wird, um sicherzustellen, dass Beratene zu keinem Zeitpunkt das Gefühl bekommen, indirekt zu einem „sozialverträglichen Ableben“ aufgefordert zu sein.

3. Eine ethisch begründete Entscheidung folgt nicht nur wissenschaftlichen und transparenten Kriterien, sondern bezieht auch moralische Intuition mit ein. Daher sollten schwierige Entscheidungen im multidisziplinären Team getroffen werden.

Wissenschaftliche Evidenzbasierung und Transparenz sind die wichtigsten Bedingungen für eine gerechte Zuteilung von Ressourcen im Kontext der Covid-19-Pandemie. Medizinische Messwerte (Scores) sind zwingend notwendig für die Objektivierung von Prognosen, sie dürfen aber nicht absolut gesetzt oder mechanistisch angewendet werden. Deshalb plädieren wir für eine Aufwertung der moralischen Intuition und gemeinschaftlicher Entscheidungsprozesse. Erfahrungen, Emotionen und Intuitionen fließen in jede Gewissensentscheidung ein und sie dürfen, ja müssen auch eine Rolle in der Triage-Situation spielen. „Gute“ Entscheidungen basieren auf belastbaren Fakten, blenden aber ethisch relevante Emotionen und Erfahrungen nicht aus. Um dem Vorwurf einer Subjektivierung entgegenzutreten und die psychische Last der Entscheidung auf mehrere Schultern zu verteilen, ist in der Triage-Situation einem Mehraugenprinzip zu folgen.[1] Gerade die Rolle der Pflegekräfte im Entscheidungsprozess ist hervorzuheben, weil sie aufgrund ihrer Patientennähe oft eine erfahrungsgesättigte moralische Intuition ins Wort bringen. Reflektiert das Behandlungsteam sowohl die „harten“ als auch die „weichen“ Faktoren, können Werte wie Evidenz und Transparenz mit Werten wie Erfahrung und Vertrauen in Einklang gebracht werden. In diesen Zeiten benötigen wir nicht nur einheitliche, evidenzbasierte und transparente Priorisierungskriterien, sondern auch das Vertrauen in die moralische Integrität des behandelnden Personals.

4. Auch in der Triage-Situation ist am Prinzip der Gleichheit aller Menschen ausnahmslos festzuhalten. Die hohe Wertschätzung des Gesundheitspersonals ist nicht durch Priorisierung im Krankheitsfall, sondern auf anderem Wege zum Ausdruck zu bringen.

Die Gleichheit aller Menschen ist verfassungsrechtlich verbürgt und in den Leitbildern christlicher Gesundheitseinrichtungen fest verankert. Die derzeitige Fokussierung auf Covid-19-Patient*innen darf nicht zu einer direkten oder indirekten Begünstigung dieser Patientengruppe führen. Personelle, materielle und strukturelle Ressourcen

[1] Hierzu vgl. auch die von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und weiteren Fachgesellschaften herausgegebene klinisch-ethische Empfehlung (2020, S.5), abzurufen unter: https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1540-covid-19-ethik-empfehlung-v2/file (letzter Zugriff am 2.4.2020).

sind je nach Dringlichkeit gerecht und transparent zwischen allen Patient*innen zu verteilen. Das gleiche Prinzip gilt für Priorisierungsentscheidungen: Die Triage bezieht sich nicht nur auf Covid-19-Infizierte, sondern auf alle Patient*innen, die einer notfall- oder intensivmedizinischen Behandlung bedürfen. Behandlungsteams stehen vor der Aufgabe, medizinische Parameter ganz unterschiedlicher Krankheitsbilder zu vergleichen, um einzuschätzen, welche Patient*innen die beste klinische Erfolgsaussicht haben. Außermedizinische Kriterien sind auszuschließen. So ist das Alter per se kein Priorisierungskriterium. Kontrovers diskutiert wird lediglich die Frage, ob erkranktes Gesundheitspersonal bevorzugt behandelt werden sollte. Die Argumente für eine prioritäre Behandlung von Gesundheitspersonal sind nachvollziehbar, kämen jedoch einer Relativierung des verfassungsrechtlich verankerten Gleichheitsprinzips gleich. Wir sprechen uns gegen die Aufweichung des Gleichheitsgrundsatzes aus, appellieren im gleichen Atemzug aber an die Gesundheitspolitik, die nicht hoch genug einzuschätzende Leistung des Gesundheitspersonals auf anderem Wege zu honorieren. Dabei kann es nicht nur um eine kurzfristige Wertschätzung in der Corona-Krise gehen, sondern um eine viel grundsätzlichere und längerfristige Stärkung der Menschen, die im Gesundheitswesen tätig sind.

5. Jede gut abgewogene Entscheidung in einer Triage-Situation verdient höchsten Respekt und entzieht sich einer einfachen moralischen Bewertung.

In der ethischen Diskussion wird zwischen zwei Triage-Situationen unterschieden. Es gibt aber auch gute Gründe keinen wesentlichen Unterschied zu machen zwischen der Auswahl von Patient*innen am Beginn der Intensivbehandlung (Aufnahme-Triage) und der Beendigung einer noch indizierten Behandlung bei Ressourcenknappheit (Abbruch-Triage). Beide Triage-Situationen können auf einen gemeinsamen Nenner gebracht werden: In beiden Fällen wird aus rein medizinischen Gründen eine Entscheidung getroffen für die Intensivtherapie der einen und gegen die Intensivtherapie der anderen Person. Wenn die Handlung auf diese Art primär als eine tragische Entscheidung gefasst wird, verringert sich die ethische Differenz. Das Argument, im ersten Fall muss entschieden werden (Aufnahmesituation) und im zweiten Fall kann auch nicht gehandelt werden (die Therapie wird laufen gelassen), ist fragwürdig, da auch das vermeintliche Nicht-Handeln eine Entscheidung ist. Aus juristischer Sicht ist die Beendigung einer Behandlung zum Zweck der Rettung einer anderen Person im Triage-Kontext nicht rechtens, bliebe wohl aber straffrei, wenn die Entscheidung ethisch begründbar ist und auf transparenten fachlichen Kriterien beruht. Moraltheologisch kann einer ähnlichen Argumentationsstruktur gefolgt werden: Der Abbruch einer intensivmedizinischen Therapie in einer Triage-Situation ist aus christlich-ethischer Sicht eher schwer zu rechtfertigen. Wenn die Entscheidung jedoch nach bestem Wissen und Gewissen getroffen wurde, muss die Bewertung der Handlung offen bleiben. Es herrscht ein Zwang zur Entscheidung, und keine Entscheidung ist „richtig“. Auch wenn die beiden Entscheidungssituationen aus unserer Perspektive durchaus ethisch ver-

[2] Vgl. hierzu die Ad-hoc-Empfehlung des Deutschen Ethikrats (2020, S. 4), abzurufen unter: https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf (letzter Zugriff am 2.4.2020).

gleichbar sind, wird eine Abbruch-Triage „aktiver“ und damit „schuldhafter“ empfunden und kann daher eher zu einer psychischen Belastung führen. Es gibt tragische Entscheidungen, die – aus der katholischen Tradition heraus gesprochen – mit Schuld belastet sind, egal wie in einer solchen Situation entschieden wird. Letztlich entzieht sich die Beschaffenheit solcher Entscheidungssituationen aber menschlich-moralischen Maßstäben und bedarf des transzendenten Blicks: „Gott sieht nämlich nicht auf das, worauf der Mensch sieht. Der Mensch sieht, was vor den Augen ist, der Herr aber sieht das Herz“ (1. Samuel 16,7). Ein abschließendes Werturteil kann daher nicht formuliert werden. Jedem Team, das sich in einer Grenzsituation zu einer solchen Entscheidung durchringt, ist mit Demut und Respekt zu begegnen.

6. Erwartungen an die Gesundheitspolitik

Schwierige ethische Abwägungsprozesse gehörten bereits vor der Covid-19-Pandemie zum Arbeitsalltag des Gesundheitspersonals. Das Besondere liegt nun darin, dass ethisch sorgfältig reflektierte und transparente Entscheidungsprozesse vor dem Hintergrund knapper Ressourcen noch bedeutsamer werden. Ethik ist nicht mehr nur der „Sand im Getriebe“ zunehmend ökonomisch überformter Organisationsprozesse in der Gesundheitsversorgung, sondern wird in der Corona-Krise als entlastender und strukturierender Faktor spürbar und sichtbar. Die Covid-19-Pandemie legt schonungslos Schwachstellen des Gesundheitssystems offen. Sie zeigt, wo Kooperations- und Koordinationsdefizite bestehen und wo ethisches Nachdenken und Handeln vernachlässigt wurde oder aufgrund der Rahmenbedingungen nicht konsequent umgesetzt werden konnte. Die Gesundheitspolitik steht nicht nur vor der großen Herausforderung, die Löcher im Krisenmodus zu stopfen, sondern muss die offengelegten Schwachstellen des Systems analysieren, um integrative Versorgungsstrukturen und ethische Standards stärker in der Praxis zu verankern. Die Corona-Krise bietet die Chance, das Gesundheitssystem nachhaltig weiterzuentwickeln.